（様式5）

平成　　年　　月分　　障害児施設支援（通所）実績記録票

受給者証番号		氏　名		事業所番号	
施設種類				施設の名称	

日付	曜日	サービス提供実績						保護者等確認印	備考
		サービス提供の状況	開始時間	終了時間	食事提供加算	家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数		
合計					回	回	回		

	枚中		枚